Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel (Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling)

Beitrag zur forensischen Beurteilung der Melancholie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der
Kgl. Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel, vorgelegt von

Heinrich Frerich aus Dorstfeld

KIEL 1914
DRUCK VON C. SCHAIDT, INH. GEORG OHEIM

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der
Universität Kiel (Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling)

Beitrag zur forensischen Beurteilung der Melancholie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der
Kgl. Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel, vorgelegt von

Heinrich Frerich aus Dorstfeld

KIEL 1914
DRUCK VON C. SCHAIDT, INH. GEORG OHEIM

Nr. 37.
Rektoratsjahr 1914/15.
Referent:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling.**
Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. **Stoeckel**, zur Zeit Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0160

Bevor wir auf die forensische Bedeutung der kriminellen Handlungen Melancholischer näher eingehen, ist es notwendig, zuerst einen Überblick über die Melancholie als solche in ihren verschiedenen Stadien zu gewinnen. Die wesentlichen Symptome der Melancholie bestehen in einer traurigen, nicht genügend motivierten Verstimmung des Kranken, in einer Denkhemmung und weiter spielen Wahnideen im Sinne der Minderwertigkeit, des Kleinheitswahnes eine große Rolle. Die Entwicklung ist in der Mehrzahl der Fälle eine allmähliche, und es geht meist ein Stadium mit Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Appetitmangel voraus. Das ganze Bild beherrscht eine anhaltend traurige Verstimmung, Bewegungshemmung und Einsilbigkeit. In vielen Fällen bildet sich Verarmungswahn neben Versündigungswahn aus mit Selbstvorwürfen und hypochondrischen Vorstellungen. Verfolgungsideen auf Grund der Angst sind seltener. Im Anfalle heftiger Angst kann das Bewußtsein vorübergehend getrübt sein und Neigung zu Gewalttätigkeiten bestehen. Andererseits können sich bei stärkster Hemmung des Denkens und Handelns selbst stupuröse Zustände vorübergehend ausbilden. Man hat auf Grund dieser verschiedenen Zustände die Melancholie in drei verschiedene Formen eingeteilt:

1. Die Melancholia simplex.

Sie ist charakterisiert durch traurige Verstimmung mit leichter Denk- und Bewegungshemmung.

2. Die Melancholia agitata sive aktiva oder auch Angstmelancholie genannt.

Hier stehen Angst und motorische Unruhe im Vordergrund.

3. Die Melancholia attonita.

Diese zeichnet sich durch den depressiven Gesichtsausdruck des Kranken aus. Daneben besteht starke, allgemeine Hemmung bis zum Stupor. Der Patient ist einsilbig. Die Einsilbigkeit kann selbst bis zum Mutismus ausgeprägt sein.

In der Literatur herrscht über die Grundzüge und die Einteilung der Melancholie kein Streit, sondern sie finden allgemeine Anerkennung. Von den drei verschiedenen Formen interessiert uns für den vorliegenden Fall die Melancholia agitata seu aktiva, und dürfte zum Verständnis der forensischen Betrachtung unseres Falles eine nähere Erörterung dieser Form der Melancholie von Bedeutung sein. Bei ihr tritt der Angsteffekt als Hauptsymptom in den Vordergrund der Krankheitserscheinungen und steht dadurch im auffallenden Gegensatz zu den durch Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichneten Fällen. Die Kranken kommen, von lebhafter Angst getrieben, keinen Augenblick zur Ruhe. In abgerissener, sich überstürzender Weise bringen sie hierbei die mannigfachsten melancholischen Wahnvorstellungen vor. Bei den schwereren Erkrankungsgraden tritt mitunter anfallsartig ganz plötzlich eine außerordentlich lebhafte, in manchen Fällen mit Trübung des Bewußtseins einhergehende Steigerung des Angsteffektes hervor, die sich in triebartigen, gewalttätigen Handlungen gegen das eigene Leben oder das der Umgebung entladen kann. Dies ist der sogenannte „Raptus melancholicus“. Er findet sich am häufigsten bei der Angstmelancholie, kommt jedoch nicht ausschließlich bei dieser vor. Vielmehr kann es bei jeder Form und in jedem Stadium der Melancholie zu einem heftigen, plötzlichen Angstanfall kommen, der zu Tätlichkeiten führt. Anders gesagt, braucht der Raptus melancholicus in keiner Weise mit der Intensität der Krankheitserscheinungen parallel zu gehen. In diesem Stadium der Angst vollführen die Kranken mit erstaunlicher Geschwindigkeit und Geschicklichkeit die entsetzlichsten Morde oder auch Selbstverstümmelungen. Charakteristisch

ist für den Raptus melancholicus die auf eine kurze Spanne Zeit beschränkte, also plötzlich auftretende, höchstmögliche Steigerung der Angst, die zu vorher nicht überlegten Gewalttätigkeiten führt. Die Gewalthandlungen können sich dabei gegen das eigene Leben oder das Leben anderer richten. Hier führen die Vorstellungen, durch die Angst geweckt, zu Handlungen, die immer unmotiviert bleiben, und für welche ein gewisser Grad von Amnesie besteht. Als Paradigma für die unter dem Einfluß der Angst ausgeführten gemeingefährlichen Handlungen gegen die Umgebung dienen die in der Presse immer wiederkehrenden Fälle, in denen melancholische Mütter ihre Kinder und sich töteten, um dem vermeintlichen Hungertode, der Schande usw. zu entgehen. In der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1902, Bd. 24, Heft I werden von Simon Thomas zwei charakteristische, im Raptus melancholicus ausgeführte Fälle mitgeteilt und zwar beweisen sie, daß solche Verbrechen als die unbewußte Entladung der Angst aufzufassen sind. In dem ersten Falle handelt es sich um Gattenmord, im zweiten um den Mord zweier Kinder seitens der Mutter mit Selbstmordversuch.

Die Prognose der Melancholie ist im wesentlichen abhängig von dem Verlauf der Krankheit. Als regelmäßige Dauer kann man ½ bis 1 Jahr annehmen. Abweichungen kommen vor. Wesentlich ist für die Prognose die Frage, ob Recidive zu erwarten sind oder nicht. Sie kommt als einmalige Erkrankung vor, doch ist ihre Neigung zu Wiederholungen nicht zu verkennen. Selten ist der Verlauf der Melancholie ein gleichmäßiger, häufig ist er durch mannigfache Remissionen und Exacerbationen der Krankheitserscheinungen ausgezeichnet. In der Mehrzahl der Fälle ist der Übergang in Genesung ein allmählicher. Ziehen hat nach Art einer Krisis Heilung eintreten sehen. Die Prognose einer Melancholie ist nicht ungünstig zu stellen. Bei dem Raptus melancholicus wurden prognostisch dieselben Beobachtungen gemacht wie bei der Melancholia simplex.

Was bei der Ätiologie der Melancholie die psychischen Ursachen anbetrifft, so spielt die Gemütserschütterung, die entweder plötzlich einwirken kann, oder durch chronisch bestehende Momente, Ärger, Kummer, Sorge, Reue einwirkt unter den ätiologischen Faktoren eine hervorragende psychische Rolle, und insbesondere sind es die Gemütsmenschen, die Gemütserschütterungen wenig gewachsen sind. Ein Schrecken kann bei erblich belasteten oder sonst psychopatisch veranlagten Personen allein eine Psychose bewirken. Weiterhin spielt die erbliche Belastung eine nicht unwesentliche Rolle. Nach Esquirol ist die Melancholie meistens erblich. Ziehen und Villiger fanden ungefähr bei 50 bis 70 % Heredität. Nach Kraepelin steht die erbliche Belastung hinter der erworbenen Disposition zurück. Müller, Meinert und Loveland machen Veränderungen in der Qualität resp. Quantität des Blutes für das Zustandekommen der Melancholie verantwortlich.

Die forensische Beurteilung der kriminellen Handlungen Melancholischer mit besonderer Berücksichtigung unseres Falles.

Die Handlungen der Melancholiker haben, solange sie sich ausschließlich auf die eigene Existenz erstrecken, bei aller Bedeutung für den Irrenarzt für die gerichtliche Praxis keine besondere Tragweite, da unsere Gesetzgebung den Selbstmord nicht bestraft. Das Gesetz greift ein, wenn mit dem Selbstmordversuche Angriffe auf fremdes Leben verbunden werden. Diese Angriffe können nun ungewollt und rein zufällig sein, wenn z. B. ein Melancholiker sein Haus anzündet oder die Speisen vergiftet. In der Regel aber ist der Zusammenhang so, daß in die Befürchtungen für die Zukunft auch das Schicksal nahestehender geliebter Angehörigen mit einbezogen wird, die der Kranke das Schreckliche, dem sie entgegengehen, nicht erleben lassen will. Das geradezu typische Vorkommen in dieser Hinsicht ist der Selbstmord der Mutter verbunden mit Tötung der meist kleinen Kinder. Oft erfolgt auch bloß letztere allein, wenn die Kranke

nach der ersten Hälfte der geplanten Tat unter dem Eindruck des Geschehenen den Mut zu Weiterem verliert. Die Tat selbst erfolgt häufig in einer akuten Steigerung der Angst mit einem gewissen Grade von Bewußtseinstrübung. Solche Zustände berücksichtigt das Reichsstrafgesetzbuch im § 51. Dieser lautet:

> „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung seiner Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Streng genommen beschränken sich die ärztlichen Aufgaben nach diesem Paragraphen nur auf die Feststellung, ob ein Angeschuldigter sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung. Die Frage nach der freien Willensbestimmung ist vom Richter zu beantworten. Doch fast durchweg wird der Sachverständige auch danach gefragt, ob die Bewußtlosigkeit oder der krankhafte Zustand der Störung der Geistestätigkeit die freie Willensbestimmung im vorliegenden Falle vernichtet hat. Ein Zustand von Bewußtlosigkeit im gesetzlichen Sinne kann als Teilerscheinung einer ausgesprochenen Geistesstörung vorhanden sein, dann wird der Sachverständige das Hauptgewicht natürlich auf die zu Grunde liegende Geistesstörung und nicht auf den Bewußtseinszustand legen. Er wird deshalb nicht den juristisch formulierten Begriff der Bewußtlosigkeit, sondern die krankhafte Störung der Geistestätigkeit zur Grundlage seiner Beweisführung machen.

§ 51 R. St. G. B. findet sich unter dem Abschnitt: „Gründe, welche die Strafe ausschließen oder mildern." Das Gesetz behandelt in diesem Paragraphen alle diejenigen Umstände, deren Bestehen die Schuld oder die Strafe ausschließt, bezw. die Strafbarkeit mildert. Für den Irrenarzt sind diejenigen Paragraphen von Bedeutung, die sich auf die Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker

beziehen. Daß geistige Unreife und geistige Erkrankung die strafrechtliche Verantwortlichkeit aufheben, darüber besteht kein Zweifel. Schwierigkeiten entstehen erst dann, wenn man versucht, diese Zustände kurz zu präzisieren und zwar so, daß sie nicht mißverstanden werden können, und so ist auch die jetzige Fassung des § 51 erst nach vielen Entwürfen zustande gekommen.

Der Ausdruck „Bewußtlosigkeit" kann natürlich nicht als das völlige Fehlen dessen, was wir Bewußtsein nennen, aufgefaßt werden. Wir verstehen unter Bewußtsein die unser Denken und Fühlen begleitende Empfindung unseres eigenen Ichs gegenüber den äußeren Vorgängen. Ist dieser „Zusammenhang der psychischen Gebilde" gänzlich aufgehoben, so können wir von Bewußtlosigkeit reden. Ein solches Auslöschen aller psychischen Vorgänge kommt aber vielleicht nur im tiefsten Schlafe und bei schwerster Ohnmacht vor. Von einer Willenshandlung kann unter solchen Umständen überhaupt keine Rede sein. Es ist eben unter dem Ausdrucke Bewußtlosigkeit nicht ein vollständiges Aufhören jeder psychischen Tätigkeit zu verstehen, sondern das Gesetz will damit alle diejenigen Störungen des Bewußtseins bezeichnen, die, ohne im engeren Sinne unter allen Umständen krankhaft zu sein, doch das Handeln des Menschen nicht als einen Ausdruck seines ungeprüften Wollens erscheinen lassen. Es kann sich also nicht um ein völliges Aufheben, sondern nur um eine erhebliche Beeinträchtigung des Bewußtseins handeln. Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 wäre also die Störung der Empfindung des eigenen Ichs gegenüber der Außenwelt. Besser wäre natürlich statt des Ausdrucks Bewußtlosigkeit der einer Bewußtseinsstörung, deren zur Exkulpierung notwendiger Grad durch den Relativsatz des § 51 gegeben ist. Man kann zwischen einer bloßen Einengung, Trübung und einer vollständigen Ausschaltung des Bewußtseins unterscheiden. Jede dieser drei Varietäten kann bei dem Zustandekommen eines Verbrechens eine Rolle gespielt haben. Auch die Juristen machen darauf aufmerksam, daß es sich nicht in allen Fällen um eine

Bewußtlosigkeit an sich zu handeln braucht, sondern daß eine Störung genügt. Diese muß derart sein, daß im besonderen Falle die Folgen des Tuns nicht mehr erfaßt werden können. Um die Ansichten einiger namhaften Juristen anzuführen, so herrscht nach Liepmanns Ansicht allgemeine Übereinstimmung darüber, daß im Ausdruck Bewußtlosigkeit fehlgegriffen ist, da in dem Zustande der Bewußtlosigkeit überhaupt keine Handlung geschehen kann. Auch v. Liszt versteht unter Bewußtlosigkeit ebenfalls die hochgradige Trübung des Bewußtseins, während Endemann im Gegensatz zur Mehrzahl der juristischen Kommentare auf dem scharfen und ausgeprägten Standpunkte steht, daß man unter Bewußtlosigkeit nur den Zustand der völligen Aufhebung des Bewußtseins verstehen dürfe. Was nun gerade die Begutachtung Melancholischer betrifft, so ist hierbei der Hauptnachdruck darauf zu legen, daß trotz Fehlens intellektueller Beeinträchtigung die Voraussetzungen des Handelns durch den pathologischen Affekt und die abnorme Gedankentätigkeit in krankhafter Weise verändert waren.

Auf unseren Fall angewendet bietet der Raptus melancholicus dafür ein passendes Beispiel. In diesem Zustand ist das Bewußtsein meist stark getrübt infolge der enormen Affekthöhe, sodaß die Kranken oft nur eine unvollkommene oder gar keine Erinnerung mehr an das haben, was während ihrer Erregung passiert ist. Im großen und ganzen sind es drei Argumente, die uns ermöglichen, die Diagnose auf Bewußtlosigkeit zu stellen.

1. Das Verhalten des Individuums zur Zeit der Handlung.
2. Das Verhalten der Erinnerung.
3. Das klinisch-ätiologische Moment.

Es ist aber auch daran festzuhalten, daß ein im forensischen Sinne bewußtloses Handeln sehr wohl den Anschein des Bewußten, Planmäßigen, Überlegten haben kann. In dieser Hinsicht beweisende Fälle sind auch genügend bekannt.

Krankengeschichte.

Frau J.J., 22 Jahre, Bautechnikersfrau. Aufgenommen 7.VII. 1912. Entlassen 7. XII. 1913 als geheilt.

Anamnese: Abgegeben vom Ehemann.

Die Mutter der Patientin soll geistesgestört sein. Zeitweise ist sie ganz vernünftig, dann liegt sie mehrere Monate zu Bett, dann sei sie wieder sehr erregt. Sonst keine Heredität. Ref. ist mit Patientin zusammen aufgewachsen. Patientin sei als Kind gesund gewesen, habe in der Schule gut gelernt. Nach der Schule in Stellung als Stütze. Am 12. XII. 1911 Heirat. Am 20. XI. 1911, also drei Wochen vorher, Geburt eines gesunden Mädchens. Periode sei immer regelmäßig gewesen. Keine Beschwerden dabei. Stillte das Kind nicht selbst, hatte keine Milch. Erste Periode nach der Geburt erst im März wieder aufgetreten. Ob seitdem regelmäßig, weiß Ref. nicht. Sehr gutmütiger Charakter, stets leicht aufgeregt. Stets heiteres, vergnügtes Wesen. Lebenslustig. Auch zur Zeit der Gravidität (unehelich) nur wenig Sorgen, da die Heirat bestimmt war.

Erst Mitte Mai vorigen Jahres sei Ref. aufgefallen, daß sie gar keine Lust hatte, auszugehen; beim Nachhausekommen habe Ref. gemerkt, daß sie viel geweint habe. Habe aber Haushalt und Kind gut versorgt. Auf Fragen habe sie immer nur gesagt, sie fühle sich nicht wohl, habe Kopfschmerzen und Schmerzen im Unterleib. Zum Arzt habe sie nicht gehen wollen. Sonst sei bis zu dem Tage Ref. nichts Besonderes aufgefallen. Sie habe wenig gegessen und wenig geschlafen, sei meist traurig gewesen, nur augenblicklich vergnügt. Am 30. V. sei Ref. morgens um 7 Uhr wie gewöhnlich fortgegangen. Es sei ihm gar nichts aufgefallen. Gegen 10 Uhr sei er dann geholt worden. Die Sache habe sich so abgespielt, daß sie (Pat.) zum Schlosser gekommen sei und gesagt habe, sie habe die Schlüssel verloren, er solle ihr aufsperren. Sie hatte die Schlüssel im Garten weggeworfen, wo sie später gefunden worden

seien. Sie sei aufgeregt gewesen. Der Schlosser habe dann das Kind tot in der Badewanne gefunden. Sie soll dann in Ohnmacht gefallen sein. Der Schlosser habe sie dann zu Bett gebracht. Als Ref. kam, sei sie schon bei sich gewesen, sei aufgeregt gewesen, habe geweint und immer gejammert: „Mein liebes Kind, mein liebes Kind". Die Polizei sei schon dagewesen. Sie sei gleich verhaftet worden. Sie sei dann nach der Tat vom 30. V. bis 26. VI. im Untersuchungsgefängnis gewesen. Am 26. VI. entlassen. Sei auf Grund des § 51 laut Gutachten von Dr. Neidhardt freigesprochen worden. Es sei angeblich gar keine Verhandlung gewesen.

Ref. habe sie wiederholt im Gefängnis besucht, sie habe jedesmal viel geweint. Habe nie von dem Kind gesprochen, sondern nur nach allem gefragt, den Eltern usw. Habe im Gefängnis gegessen, wenig geschlafen.

An dem Tage des Kindesmords und auch schon vorher einmal habe sie versucht, sich zu erdrosseln. Die Narbe sei noch zu sehen gewesen.

Jetzt seit 10 Tagen ungefähr aus dem Gefängnis. War aber nicht in der Wohnung, sondern wohnte mit Ref. beim Schwager. Benahm sich durchaus geordnet, half in der Wirtschaft, wurde aber nie allein gelassen. Immer etwas traurige Stimmung. Weinte manchmal, konnte aber immer gut arbeiten. Klagte über nichts eigentlich. Vom Kind nie gesprochen, weder zu Ref. noch zu den anderen Verwandten. Nur habe sie einmal zur Schwägerin gesagt, sie möchte gern auf den Friedhof, wo das Kind begraben sei. Ref. hat weder jetzt noch vorher den Eindruck des Krankhaften bei ihr, besonders jetzt nicht. Abends, wenn sie zu Bett gingen, weinte sie öfters heftig. Sagt nicht warum. Spricht sich überhaupt nicht aus. Von Sinnestäuschungen Ref. nie etwas bekannt. Hat in letzter Zeit ziemlich gut gegessen, Schlaf war schlecht. Schlief spät ein, war morgens früh wach, sagte oft, sie wolle nicht zu Bett, sie könne doch nicht schlafen.

Ref. bringt sie auf Rat von Herrn Dr. Neidhardt am 7. VII. 1912. Vor einigen Tagen habe Ref. es ihr gesagt. Sie habe es ruhig aufgenommen. Sei auch heute ruhig mitgefahren. In den letzten 10 Tagen kein Suicidversuch.

Anamnese: Von Patientin.

Habe in der Schule gut gelernt. Sei aus der I. Klasse konfirmiert worden. Nach der Schule habe sie kochen gelernt und sei dann in Stellung gewesen als junges Mädchen. Seit Dezember 1911 sei sie verheiratet. Das Kind habe sie vor der Hochzeit bekommen (schluchzt heftig). Periode sei zuerst mit 17 Jahren aufgetreten, sei stets unregelmäßig gewesen, bald 5 bis 6 Wochen Pause. Habe immer 2 bis 3 Tage vorher Kopfschmerzen und Schmerzen im Unterleib gehabt. Sei auch immer leicht aufgeregt gewesen in diesen Tagen. Nach der Entbindung sei die erste Periode ungefähr 8 bis 9 Wochen hinterher aufgetreten, also ungefähr Ende Januar. Dann sei sie am 12. III. wiedergekommen und dann ganz wenig im Mai. Wann, wisse sie nicht genau. Am 30. V. sei sie bestimmt nicht menstruiert gewesen. Ob sie in anderen Umständen sei, wisse sie nicht. Der Medizinalrat habe es nicht bestimmt sagen können. Sei immer ziemlich heiter gewesen früher, in letzter Zeit sei es anders. Schon vor der Entbindung habe es angefangen, anders zu werden mit ihr. Sie habe ihren Eltern nicht sagen wollen, daß sie in anderen Umständen sei, habe sich sehr gequält damit. Sei mit ihrer Mutter nach Kiel gefahren im Oktober 1911, sei bei einem Arzt Dr. Lange gewesen. Der habe es dann der Mutter gesagt. Sie sei dann hier in Kiel geblieben bei einer Hebamme und habe hier geboren. Die Zeit hier in Kiel sei sie dann nicht mehr so traurig gewesen, weil die Eltern es gewußt hätten. Sie hätten dann auch hier in Kiel geheiratet und dann sei sie Ende Dezember nach Hamburg gegangen, hätte dort beim Schwager gewohnt. Erst am 6. IV. hätten sie die eigene Wohnung bezogen. Schon die ganze Zeit über sei sie traurig gewesen. Habe sich Gedanken gemacht, sie könnten sich nicht durchschlagen. Ihr Mann

sei nicht fest angestellt und sie habe gedacht, es könnte passieren, daß ihr Mann ohne Arbeit sei. Andere Befürchtungen habe sie nicht gehabt. Habe sich weder mit dem Mann noch mit sonst jemandem ausgesprochen. Habe es nicht wagen wollen, um ihn nicht aufzuregen. Habe schlecht schlafen können, auch nicht gut essen. Wie sie auf diesen Gedanken gekommen sei, wisse sie nicht. Es habe niemand davon gesprochen gehabt. Sie habe aber davon nicht loskommen können. Ihr Mann habe oft erzählt, daß welche entlassen würden — ihr Mann sei Techniker bei einem Bauunternehmer — weil keine Arbeit sei, und da habe sie gemeint, der Mann komme da auch bald dran. Allmählich habe sich diese Angst immer mehr gesteigert. Dem Mann habe sie gesagt, wenn er sie fragte, warum sie weinte, es sei nichts. Die Arbeit habe sie gut versehen können. Schließlich habe sie solche Angst gehabt, daß sie nicht mehr habe leben wollen. Zuerst sei dieser Gedanke anfangs April aufgetaucht, kurz nachdem sie in die neue Wohnung eingezogen seien. Der Gedanke habe sie dann dauernd beschäftigt, habe auch mehrere Male versucht, sich etwas anzutun, zuerst anfangs Mai. Habe sich aufhängen wollen. Sie habe aber den Strick dann doch wieder losgemacht. Es sei morgens nach Weggang des Mannes gewesen. Denselben Versuch habe sie noch mehrmals gemacht, aber habe nie den endgültigen Mut gehabt. Vor dem Tode des Kindes und auch hinterher habe sie versucht, sich mit einem Strick zu erdrosseln. Sie habe aber wieder losgelassen. Dem Kind etwas anzutun, daran habe sie nie gedacht. Erst am selben Tage, am 30. V., sei ihr der Gedanke gekommen. Sie hatte die Nacht gar nicht geschlafen. Habe solche Unruhe gehabt, habe immer daran denken müssen, was mit dem Kinde würde wenn ihr Mann die Stelle verliere. Dann sei der Mann fortgegangen. Sie habe dann das Kind gebadet wie jeden Tag, habe da noch nicht daran gedacht. Während des Bades habe sie dann daran gedacht, sie könne das Kind nicht allein zurücklassen und habe es unter Wasser ge-

halten und habe noch kaltes Wasser daraufgeschüttet. Wie sie gesehen habe, daß das Kind tot sei, habe sie sich selbst einen Strick um den Hals gebunden und habe sich erdrosseln wollen. Im letzten Moment — sie habe die Schlinge schon um den Hals gehabt — habe ihr der Mut gefehlt. Sie sei dann so, wie sie gewesen, es sei ungefähr 8½ Uhr morgens gewesen, weggelaufen zum Schlachter und habe dort Fleisch geholt zum Kochen. Sie habe Mittagessen kochen wollen. Dann sei sie zum Schlosser gegangen, weil sie ihre Schlüssel weggeworfen gehabt habe. Sie habe sie weggeworfen, weil sie nicht wieder habe ins Haus wollen. Mit dem Schlosser sei sie dann zur Wohnung gegangen. Habe gewußt, daß das Kind drin tot sei. Der Schlosser habe dann das Kind in der Küche gefunden. Er habe die Polizei geholt. Sie habe geweint und in einem unbeobachteten Moment noch mal versucht, sich zu erdrosseln. Habe es aber auch wieder selbst abgenommen. Sie habe das Kind furchtbar gern gehabt, verstehe gar nicht, wie sie das habe tun können. (Weint und schluchzt ununterbrochen.) Sei dann verhaftet worden und in das Untersuchungsgefängnis gebracht worden. Sie wisse nicht, wie sie das habe tun können, wisse auch nicht, ob sie krank gewesen sei. Sie habe nie Stimmen gehört, nie ihr etwas zurufen gehört, auch nicht Gestalten oder Schatten gesehen. Auch habe sie nie gemerkt, daß jemand über sie schlecht spreche. Auch habe sie nicht gefürchtet, daß jemand etwas Böses gegen sie tun wolle.

Es sei zu gar keiner Gerichtsverhandlung gekommen. Vor 10 Tagen sei sie entlassen worden. Sei mit ihrem Mann bei Schwester und Schwager gewesen. Habe dort etwas in der Wirtschaft geholfen. Sie möchte immer los weinen, wenn sie daran denke. Sie mache sich Vorwürfe darüber, hätte das doch nie tun dürfen. Manchmal, wenn sie daran denke, möchte sie auch noch sterben. Habe aber nicht mehr versucht, sich etwas anzutun. Habe geglaubt, ihr Mann und ihre Eltern würden sie verstoßen. Habe nie mit ihren Mann darüber gesprochen. Hätte

ans Grab nicht gehen dürfen. Wäre gern hingegangen. Sie denke auch noch daran, daß ihr Mann entlassen werden könne, aber ihr Mann beruhige sie, er sage, daß er dort noch lange bleiben könne. Ihr Denken sei fast ganz ausgefüllt von der Sache mit dem Kind. Essen gehe ziemlich, Verdauung sei gut.

Nachts wache sie oft auf, könne dann nicht einschlafen. Im Traum sehe sie ihr Kind auch oft wieder. Wie man ihr es gesagt habe, sie sei freigesprochen, habe sie es nicht glauben wollen, habe gemeint, sie müsse im Oktober wieder her, da sei Schwurgericht. Habe geglaubt, sie müsse Strafe haben.

Wie ihr Schwager ihr gesagt habe, sie solle hierher, habe sie gesagt, das sei wohl nicht wahr, sie müsse ja im Oktober wieder zu Gericht. Ob sie hierher gehöre zu den Kranken, wisse sie nicht. Sei schließlich gern fortgefahren, weil sie gern von Altona weggangen sei für eine Zeitlang. Angst habe sie jetzt nicht.

Die Antworten müssen meist von der Patientin herausgeholt werden, die Fragen oft wiederholt werden. Die Stimmung ist eine ausgesprochen deprimierte. Sie weint und schluchzt lebhaft. Von Zeit zu Zeit faßt sie nach der Hand des Arztes.

Status präsens:

Etwas untermittelgroß, eher grazil gebaut, gut entwickelte Muskulatur, guter Ernährungszustand, gerötetes Gesicht, angewachsene Ohrläppchen, mäßig steiler Gaumen, im ganzen etwas niedriger Schädel. Umfang 55,5 cm. Schädel nicht klopf- und druckempfindlich. Sehlöcher mittelweit, rechts gleich links, rund, verengern sich prompt auf Lichteinfall und Einwärtssehen. Augenbewegungen frei. Gesichtsinnervation symmetrisch.

Augenhintergrund normal.

Zunge gerade, zittert nicht, meist belegt.

Gaumenbogen gleichmäßig gehoben. Rachenreflex erhalten.

Protese des Oberkiefers.

Keine Schilddrüsenschwellung, keine Sprachstörung.

Erregbarkeit der Muskulatur durch Beklopfen und Nachröten bei Bestreichen der Rumpfhaut lebhaft.

Reflexe der oberen Extremitäten erhalten.

Geringes, feinschlägiges Zittern der Finger.

Grobe Kraft r = l.

Aktive und passive Bewegungen frei.

Kniescheibensehnenreflex und Achillessehnenreflex sehr lebhaft. Kein Kniescheiben- oder Fußzittern.

Zehenreflex normal.

Geringe Plattfüße.

Gang o. B. Kein Schwanken bei Fuß- und Augenschluß.

Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit erhalten.

Puls 120, regelmäßig, gleichmäßig, gut gefüllt, nur gespannt.

Erregte Herzaktion. Töne laut, aber rein, Lungen und Leib o. B.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Krankheitsverlauf.

8. VII. 1912. Hat die Nacht ohne Mittel gut geschlafen, zeigt guten Appetit. Steht auf und geht in den Garten.

Ist durchgehends ziemlich guter Stimmung.

9. VII. Schlecht geschlafen, habe Kopf- und Leibschmerzen gehabt. Im Verkehr mit anderen Kranken sehr nett und freundlich. In der Stimmung wechselnd, öfter verstimmt und traurig, im Wesen keine Hemmung zu bemerken weder auf sprachlichem noch motorischem Gebiet, spricht ganz glatt über harmlose Dinge, nur wenn man von der Tat zu sprechen anfängt, verstummt sie und weint.

13.VII. Keine Hemmung, sehr anschmiegsam, weint etwas, beschäftigt sich immer noch in Gedanken mit der Stellung ihres Mannes.

Gynäkolischer Befund: „Uterus vergrößert und aufgelockert. Rechtes Ovarium vergrößert, etwas schmerz-

empfindlich. Linkes Ovarium vollkommen normal. Gravidität 2. bis 3. Monat, Uterus liegt normal."

16. VII. Seit gestern etwas Blutung, meist sehr stark. Pat., die über die Aussicht, schwanger zu sein, sehr erfreut schien, nimmt den Eintritt der Blutung ziemlich gleichgültig auf, bleibt zu Bett.

18. VII. Pat. ist vergnügt. Wenn der Arzt mit ihr spricht, versucht sie immer, dessen Hand zu fassen, sich an ihn zu schmiegen oder ihren Kopf an dessen Schulter zu legen. Sie beschäftigt sich immer mit der Frage nach der Stellung ihres Mannes. Keine Hemmung.

22. VII. Besuch des Mannes, sehr liebevoll. Ißt ganz gut, Temperatursteigerung auf 38°. Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend.

1. VIII. Pat. hat fieberhafte Angina gehabt, klagt über Kopfschmerzen, schläft anscheinend gut. Von irgend einer Hemmung oder Depression nichts zu bemerken.

5. VIII. Jeder Versuch einer genaueren Exploration über die Vorgänge bei der Ermordung des Kindes scheitert daran, daß Pat., die vorher ganz frei sich unterhalten hat, sofort völlig verstummt sowie diesbezügliche Fragen an sie gerichtet werden. Auf dringendes Fragen sagt sie dann endlich, sie habe sich umbringen wollen und habe das Kind mitnehmen wollen. Früher habe sie immer nur daran gedacht, sich selbst zu töten. An dem Morgen sei ihr plötzlich der Gedanke gekommen und sie habe ihn dann sofort ausgeführt. Es habe ihr gleich hinterher leid getan, habe aber nicht den Mut gehabt, sich selbst umzubringen.

7. VIII. Neuerliche gynäkolische Untersuchung. Uterus noch etwas groß, aber sicher nicht gravide. Rechtes Ovarium etwas vergrößert ebenso wie früher und gering druckempfindlich.

20. VIII. Pat. ist lustig und guter Dinge, sie schreibt gern Briefe, hat stark an Gewicht zugenommen, sieht gut aus, macht sich ihre Haare sehr nett, hat etwas Kokettes, ist immer noch gern zärtlich.

24. VIII. Guter Stimmung. Erzählt dem Arzt sehr ausführlich von der Krankheit ihrer Mutter.

31. VIII. Intelligenzprüfung. Sie ergibt eine leichte Imbezillität der Patientin.

2. IX. Eine wiederholte genaue Exploration ergibt dieselben Resultate wie sonst. Mit aller Bestimmtheit versichert sie immer wieder, daß ihr der Gedanke, dem Kinde etwas zu tun, nie vorher, erst an jenem Morgen gekommen sei und sie ihn fast unmittelbar sofort in die Tat umgesetzt habe. Sich selbst umzubringen, daran habe sie schon vorher gedacht, aber nie daran, dem Kind etwas zu tun.

Etwas verschämtes Wesen, keine Hemmung.

5. IX. Kopf- und Rückenschmerzen ohne objektiv nachweisbare Ursache. Stimmung gut. Schmiegt sich zärtlich an den Arzt an. In Reden und Briefen sehr eintönig. Nimmt dauernd an Gewicht zu.

4. X. Über Nachricht, daß Verfahren eingestellt, sichtlich erfreut. Am Tage wieder Klage über innere Unruhe. Äußerlich kein Zeichen für Depression.

17. X. Wiederholte neue kurze Depressionszustände. Kopfschmerzen. Drängt auf Entlassung. Schmiegt sich an den Arzt, wenn sie einen Wunsch vorbringt.

28. X. Klagen über Schmerzen im Unterleib. Verlegt nach B. II.

3. XI. Ruhig. Stimmungsschwankungen werden geringer.

12. XI. In der letzten Zeit ist die Stimmung eine viel gleichmäßigere geworden. Immer etwas kindliches Wesen.

20. XI. Beginnt gestern abend unvermittelt Choräle zu singen. Will sich das Leben nehmen, Sensorium klar. Sonst liegt sie ruhig zu Bett.

21. XI. Wieder gleichmäßigere Stimmung.

25. XI. Klagt viel über Kopfschmerzen, ist unzufrieden, zurück nach B. II.

20. XII. Häufige nervöse Beschwerden, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Gliedern.

28. XII. Stimmung besser, nach Saal 2 verlegt.

6. I. Schwellung einiger Gelenke, Fieber. An den Unterschenkeln namentlich Erythema exsudativum multiforme. Herz o. B.

15. I. Temperatur und Gelenkschwellungen zurückgegangen. Herztöne bleiben rein.

25. I. Stimmung in den letzten Tagen fast immer gleichmäßig gut.

30. I. Pat. liegt ruhig zu Bett. Ihr Benehmen ist stets gleichmäßig freundlich.

5. II. Pat. ist heute recht deprimiert, wenig zum Sprechen geneigt.

16. II. Die freundliche Stimmung der letzten Zeit ist gänzlich umgeschlagen. Pat. liegt verschlossen, traurig im Bett.

26. II. Pat. ist wieder freundlicher, zugänglicher. Stimmung heiter, Benehmen geordnet.

14. III. Pat. wird wegen Unruhe abends nach dem Wachsaal verlegt.

18. III. Wieder ruhig, geordnet, befolgt alle Verordnungen verständnisvoll. Etwas deprimiert, still.

2. IV. Pat. sehr verzweifelt, beschuldigt sich großer Schlechtigkeit.

6. IV. Pat. klagt häufig über starke Kopfschmerzen.

15. IV. Zunehmende Verkehrtheiten und unberechenbare Stimmungsschwankungen, springt plötzlich auf und verlangt ein Messer, um sich umzubringen, dann wieder singt sie eintönig immer dieselbe Melodie.

28. IV. Äußert immer noch Suicidideen.

6. V. Empfängt Besuch und unterhält sich gut. Psychisch orientiert. Meistens traurig verstimmt.

24. V. Pat. ist ruhig und geordnet. Keine Gelenkschmerzen mehr. Die Geschichte mit ihrem Kinde geht ihr noch viel im Kopf herum.

15. VI. Affekt noch immer wechselnd. Macht sich über ihre Tat Vorwürfe.

1. VII. In der letzten Zeit im allgemeinen gleichmäßigere Stimmung.

30. VII. Verstimmung anhaltend, teilweise tiefere Grade annehmend, ißt aber immer gut.

28. VIII. In den letzten Wochen wieder gleichmäßigerer Stimmung. Stilles, zurückhaltendes, und nie aufdringliches Wesen, keine Affektiertheiten. Im allgemeinen ist das körperliche Befinden ein recht zufriedenstellendes.

20. IX. Bis gestern andauernd sehr gutes Befinden ohne jede Hemmung oder Verstimmung. Hat guten Appetit und schläft gut. Gestern abend plötzlich unmotivierter Ausbruch einer starken depressiven Erregung mit Weinen und Schreien.

23. IX. Bleibt im Bett. Immer noch ziemlich deprimiert und verstimmt.

29. IX. Wieder heiterer, vergnügter Stimmung. Ruhiges, geordnetes Verhalten.

7. XI. Zustand unverändert, geschäftig, fleißig in der Küche und im Haushalt. Etwas affektiertes Wesen, eigentümliche Bewegungen in der Gesichtsmuskulatur, meist heiter.

15. XI. Unveränderter Zustand. Fleißig bei den Arbeiten. Läßt sich heute einen Zahn ziehen.

24. XI. Wohlbefinden. Wie bisher geordnet, fleißig. Wird versuchsweise nach V. I verlegt.

7. XII. Keine krankhaften Verstimmungen mehr. Gutes psychisches und körperliches Befinden. Vom Manne abgeholt. Als geheilt entlassen.

Körpergewicht.

Es betrug am 7. VII. 1912 55,7 kg. In den ersten Tagen ging es bis auf 52,6 kg herunter, um dann allmählich auf 64 kg zu steigen. Dann hielt es sich einige Zeit zwischen 56 und 61 kg. Am 9. I. 1913 betrug das Körpergewicht 56 kg. In den nächsten Wochen stieg es wieder bis auf 60 kg. Danach trat wieder ein Abfall ein und erreichte am 22. V. 1913 eine Höhe von 55 kg. Von jetzt an ist ein stetiges Steigen des Körpergewichts zu

verzeichnen. Am 6. XI. 1913 betrug es 65 kg, am 4. XII. 1913 64 kg.

Übersicht über die Menstruation.

15. und 16. VII. 1912 Menstruation,
6. und 7. IX. 1912 Menstruation,
13., 14. und 15. X. 1912 Menstruation,
8., 9., 10. und 11. XI. 1912 Menstruation,
9., 10., 11. und 12. I. 1913 Menstruation,
3., 4. und 5. IV. 1913 Menstruation,
20. und 21. VI. 1913 Menstruation,
19. VII. 1913 Menstruation,
22. und 23. XI. 1913 Menstruation.

Epikrise.

Bei der Beurteilung, ob die Tat der J. — die Ermordung ihres Kindes — in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, durch den die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, ausgeführt worden ist, leiten mich nach der Anamnese und Krankengeschichte folgende Gesichtspunkte, und da die körperliche Untersuchung keine nennenswerten Abweichungen ergibt, sind besonders die folgenden funktionellen Störungen bedeutungsvoll.

Der Schlaf ist recht mangelhaft, das Körpergewicht gegen früher zurückgegangen, die Zunge ist trocken und belegt. Herztätigkeit und Atmung sind im ganzen verlangsamt. Die Menstruation fehlt, ohne daß Schwangerschaft nachweisbar ist, und handelt es sich wahrscheinlich um die Amenorrhoe der Melancholischen. Die Patientin bietet das Bild einer apathischen Frau. Die langsamen und gehemmten Bewegungen rechtfertigen die motorische Hemmung. Bei den ärztlichen Untersuchungen zeigt die Patientin den Ausdruck der Hilflosigkeit und der Angst. Sie schmiegt sich zärtlich an den Arzt und hat dabei einen ganz kindlichen Gesichtsausdruck, als wenn sie Schutz sucht. Auch seelisch beherrscht das Bild gleichfalls das Symptom der Hemmung und zwar

auf dem Gebiete des Vorstellungsablaufs als Schwerbesinnlichkeit. Besonders ausgeprägt ist das Symptom der Hemmung auf dem Gebiet des Fühlens. Sie beschreibt die Tötung ihres Kindes mit einer scheinbar so völligen Stumpfheit und Gleichgiltigkeit, als wenn sie die Geschichte gar nichts anginge und hieraus resultiert eine affektive Bewußtseinstrübung und krankhafte Gefühlslosigkeit. Diese negative Affektschwankung ist bezeichnend für die apathische Form der Melancholie. Weiter finden sich inhaltlich im Bereich ihres Vorstellungslebens die typischen Verarmungsvorstellungen: „Sie müsse ihre Eltern in Anspruch nehmen, ihr Mann werde seine Stellung verlieren, sie könne ihr Kind nicht durchs Leben bringen usw.“ Aus der Anamnese und Krankengeschichte der Patientin geht ferner hervor, daß sie in der Nacht vom 29. auf den 30. Mai — also die Nacht vor der Tat — fast gar nicht geschlafen hat. „Sie sei an dem Morgen so schwermütig gewesen und habe eine Unruhe gehabt, als ob ihr jemand nachfolge.“ Wie schon erwähnt, ist die Angst ein fast konstantes Symptom der Melancholie, und zwar ist sie bei der schwereren Melancholie das gewöhnliche, bei leichteren Formen tritt sie anfallsweise auf, besonders in den frühen Morgenstunden. Ihre eigenen Äußerungen beweisen, daß sie an dem betreffenden Morgen zweifellos einen akuten Angstanfall gehabt hat. Das vermeintliche Röcheln des Kindes nach dem Bade ist offenbar ebenfalls eine Beobachtungstäuschung unter dem Druck der Angst.

Auf Grund der ganzen hier angeführten Tatsachen und auf Grund des Beobachtungsmaterials ist eine geistige Erkrankung als klinisch festgestellt zu erachten, und dieselbe ist speziell am Tage des Mordes so hochgradig gewesen, daß die freie Willensbestimmung durch dieselbe ausgeschlossen war.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling, für die gütige Überlassung des Falles und die Durchsicht meiner Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin. 9. Auflage, dritter Band.
2. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage.
3. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Auflage.
4. Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.
5. Wollenberg, Die deutsche Klinik 1906. II. Abteilung.
6. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. 3. Auflage.
7. Thomas, Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1902. Bd. 24, Heft 1.

Lebenslauf.

Ich, Heinrich Wilhelm Frerich, evangelischer Konfession, bin am 29. April 1884 als Sohn des Gutsbesitzers Heinrich Frerich in Dorstfeld in Westfalen geboren. Ostern 1904 bestand ich die Reifeprüfung am Gymnasium zu Brilon. Zunächst studierte ich Jura, später Medizin, und zwar in Münster, Freiburg, Leipzig und Kiel. Hier bestand ich am 21. Januar 1914 die medizinische Staatsprüfung.